



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.157>

Uso de adrenalina en el tratamiento de la hematuria persistente

Use of epinephrine in the treatment of persistent hematuria

Rubén Escribano-Castillo¹  0000-0002-3981-2781

Verónica González-Beneyto¹  0000-0003-1949-2204

Rafael López-Bas-Valero²  0000-0003-2006-9243

1. Hospital Universitario de San Juan de Alicante, Servicio de Urgencias Hospitalarias, Sant Joan d'Alacant, España.

2. Hospital Universitario de San Juan de Alicante, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Sant Joan d'Alacant, España.

Correspondencia/Correspondence

Rubén Escribano Castillo
rubencas94@gmail.com

Recibido/Received

06.02.2022

Aceptado/Accepted

15.03.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Sin conflicto de interés.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Los autores y la autora han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Escribano-Castillo R, González-Beneyto V, López-Bas-Valero R. Uso de adrenalina en el tratamiento de la hematuria persistente. Hosp Domic. 2022;6(2):79-83.

RESUMEN

La hematuria persistente es un signo habitual en los cuidados paliativos cuyo tratamiento sigue siendo un desafío. En este caso, la hematuria se presentó en una paciente de 78 años anticoagulada en el contexto de una fractura iliopúbica que se complicó con trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Para el tratamiento, se optó en un primer momento por lavados vesicales continuos con suero fisiológico. Dada la persistencia de la hematuria y la agudización de la anemia, se decidió añadir a los lavados con suero una ampolla de adrenalina. La paciente presentó buena tolerancia hemodinámica al tratamiento con adrenalina y mostró una mejoría clínica significativa, lo que permitió retirar la adrenalina y añadir a los lavados con suero ácido tranexámico (no realizado antes por el riesgo de obstrucción de la sonda por coágulos). Tras dos días con orina de aspecto claro se retiraron los lavados continuos.

Palabras clave: Hematuria; Terapéutica; Epinefrina.

ABSTRACT

Persistent hematuria is a common sign in palliative care whose treatment is still a challenge. In this case, hematuria occurred in a 78-year-old anticoagulated patient in the context of an iliopubic fracture complicated by deep vein thrombosis and pulmonary thromboembolism. For treatment, the first option was continuous bladder irrigation with saline solution. Given the persistence of hematuria and the worsening anemia, it was decided to add an ampoule of epinephrine to the bladder irrigation with saline solution. The patient presented good hemodynamic tolerance to adrenaline treatment and showed significant clinical improvement. This allowed withdrawal of epinephrine and addition of tranexamic acid to the serum (which was not done before because of the risk of catheter obstruction due to clots). After two days with clear urine, the continuous bladder irrigation were withdrawn.

Keywords: Hematuria; Therapeutics; Epinephrine.

INTRODUCCIÓN

La hematuria persistente es un signo habitual en el ámbito de los cuidados paliativos que, a pesar de las diversas opciones de tratamiento, sigue siendo un desafío, considerándose la mayoría de los métodos estudiados hasta el momento experimentales⁽¹⁾. En la bibliografía disponible sobre el tratamiento paliativo de este signo se observa que la elección terapéutica depende, en la mayoría de los casos, de la etiología de la misma⁽²⁾. En el caso de la neoplasia de vejiga, se ha podido observar una tasa de respuesta favorable de hasta el 90% con mínimas complicaciones empleando técnicas endovasculares como la embolización, con el objetivo de ocluir la arteria que origina el sangrado⁽²⁾. Otras técnicas que se han utilizado en la medicina paliativa, que no requieran el desplazamiento del paciente al hospital, son los lavados manuales con distintas soluciones medicamentosas, que favorezcan el fin del sangrado. Una de ellas es la compuesta por ácido tranexámico, con la cual se ha podido objetivar que la resolución del sangrado, al menos durante las 24 horas siguientes a la perfusión del lavado, fue significativamente superior con ácido tranexámico que con placebo, aunque este beneficio no se reflejó en el número de transfusiones que precisaron los pacientes⁽³⁾. Sin embargo, el uso de este medicamento puede exponer al paciente a un riesgo de trombosis, con la consecuente obstrucción de la sonda vesical⁽⁴⁾. Ante esta complicación, se ha estudiado la respuesta de los coágulos a lavados con soluciones de peróxido de hidrógeno al 3% combinado con suero salino fisiológico, resultando eficaz en la disolución de dichos coágulos en un 87% de los casos⁽⁵⁾. Es por este riesgo de obstrucción de la sonda por lo que no se empleó inicialmente ácido tranexámico en el caso clínico expuesto a continuación, optándose por lavados con adrenalina y suero salino fisiológico, objetivándose mejoría del sangrado en los sucesivos controles. Aunque no existe mucha bibliografía en el momento actual sobre este uso de la adrenalina como homeostático en la hematuria, ya se ha utilizado este fármaco con éxito⁽⁶⁾.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se presenta el caso clínico de una paciente de 78 años derivada a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) para tratamiento y control evolutivo de hematuria macroscópica en el contexto de fractura iliopúbica derecha que requirió ingreso hospitalario prolongado. Durante el mismo, presenta episodio de trombosis venosa profunda izquierda y tromboembolismo pulmonar que requiere de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular 100 mg/24h.

En un primer contacto, se inician lavados continuos con suero salino fisiológico (SSF) mediante sondaje vesical cediendo inicialmente el sangrado. Sin embargo, al día siguiente vuelve a presentar hematuria franca en siguiente visita (Figura 1), por lo que se decide realizar analítica de control para valorar hemoglobina (Hb), objetivándose Hb 10.5 mg/dL. Se opta en ese momento por reducir la pauta de anticoagulación a 40mg/24h y añadir a los lavados manuales media ampolla de adrenalina en 3000cc de SSF. En la siguiente consulta a las 48 horas, persiste hematuria, aunque de menor intensidad y en nueva analítica de control se objetiva empeoramiento de Hb hasta 9.6 mg/dL. En base a evolución clínica y analítica, junto con el estado general de la paciente, se comenta situación con la familia y se decide retirar anticoagulación por el momento. En controles sucesivos cada 24-48 horas, presenta progresiva mejoría de la hematuria (Figura 2) y buena tolerancia hemodinámica a la adrenalina, por lo que se mantiene actitud con lavados manuales añadiendo al lavado en perfusión media ampolla más de adrenalina (una en total).



Figura 1: Tratamiento con lavados de SSF exclusivamente.



Figura 2: Tratamiento con lavados de SSF + ampolla de adrenalina.

En los siguientes controles, presenta orina colúrica sin restos de hematuria macroscópica ni coágulos, permaneciendo hemodinámicamente estable, y mejorando progresivamente hasta objetivarse una orina mucho más clara. Es en ese momento en el que se decide retirar adrenalina y realizar lavados con 2 ampollas de ácido tranexámico (no realizado antes por el riesgo de obstrucción de la sonda por coágulos). Tras 48 horas permanece orina de aspecto claro por lo que se retiran los lavados continuos.

CONCLUSIONES

El uso de adrenalina en lavados vesicales puede considerarse una alternativa en casos refractarios a tratamiento exclusivo con suero fisiológico o en los que exista riesgo de obstrucción de la sonda por coágulos en tratamiento con ácido tranexámico. Sería interesante contar con nuevos estudios que continúen investigando el uso de adrenalina como opción terapéutica de la hematuria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abt D, Bywater M, Engeler DS, Schmid HP. Therapeutic options for intractable hematuria in advanced bladder cancer. *Int J Urol.* 2013;20(7):651-60. DOI:10.1111/iju.12113
2. Ghahestani SM, Shakhssalim N. Palliative treatment of intractable hematuria in context of advanced bladder cancer: A systematic review. *Urol J.* 2009;6(3):149-56.
3. Moharamzadeh P, Ojaghihaghighi S, Amjadi M, Rahmani F, Farjamnia A. Effect of tranexamic acid on gross hematuria: A pilot randomized clinical trial study. *Am J Emerg Med.* 2017;35(12):1922-5. DOI: 10.1016/j.ajem.2017.09.012
4. Hunt BJ. The current place of tranexamic acid in the management of bleeding. *Anaesthesia.* 2015;70:e18-53. DOI: 10.1111/anae.12910
5. Xu M, Jin L, Shan Y, Zhu J, Xue B. A simple and effective method for bladder blood clot evacuation using hydrogen peroxide. *J Int Med Res.* 2020;48(5):300060520924546. DOI: 10.1177/0300060520924546
6. Ortega A, Ruiz A, Almodóvar MC, Fernández I. Medicina Paliativa por neoplasia vesical-infiltrante. 2016;23(4):207-9.